UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936-1937

N° 60

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PUERPÉRALITÉ
CHEZ LES FEMMES TRÈS JEUNES
(AU-DESSOUS DE 15 ANS ET 3 MOIS)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le lundi 21 décembre 1936

PAR

René-Emmanuel-Marie-Joseph BOUCHE

Élève du Service de Santé de la Marine

né à Montpellier (Hérault), le 14 mai 1910.

Examinateurs de la Thèse

MM. ANDERODIAS, professeur ..... *Président.*

PERY, professeur ..... } *Juges*

FAUGÈRE, agrégé ..... }

RIVIÈRE, agrégé ..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIERE

18, Rue du Peugue

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936-1937

N° 60

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PUERPÉRALITÉ
CHEZ LES FEMMES TRÈS JEUNES
(AU-DESSOUS DE 15 ANS ET 3 MOIS)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le lundi 21 décembre 1936

PAR

René-Emmanuel-Marie-Joseph BOUCHE

Elève du Service de Santé de la Marine

né à Montpellier (Hérault), le 14 mai 1910.

Examinateurs de la Thèse

MM. ANDERODIAS, professeur ..... *Président.*

PERY, professeur ..... } *Juges*

FAUGÈRE, agrégé ..... }

RIVIÈRE, agrégé ..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIERE

18, Rue du Peugue

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC
Assesseur..... M. LABAT
Doyen honoraire..... M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Pathologie et therapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Hygiène	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RECHOU	Hydrologie thérapeutique et climatolcgie	CREYX
Chimie	CHELLE.	Clinique dentaire	DUBECQ.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.		
Médecine expérimentale.	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSE. DARGET.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN BROUSTET DERVILLÉE.	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine opératoire	F. PAPIN	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Accouchements	RIVIERE.	Médecine légale	DERVILLÉE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Urologie	DARGET
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)	Botanique	GIRARD,
Puériculture	FAUGERE.	Bactériologie	MOUREAU
Pharmacie chimique	VITTE	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... M. N.

Le Secrétaire de la Faculté: ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

AVOCAT A LA COUR D'APPEL DE MONTPELLIER
CAPITAINE DE RÉSERVE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MA MERE

Faible témoignage de mon affection et de ma rceonnaissance.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE BOUCHE

LIEUTENANT D'INFANTERIE COLONIALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MORT A 27 ANS AU CONGO

Je commence, hélas, à ne plus compter tous ces jeunes enlevés en pleine fleur et que j'ai tant aimés pour les avoir vus si vaillants à l'œuvre.

LYAUTEY.

A MES SŒURS — A MON FRERE — A MON BEAU-FRERE
A MON NEVEU

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES ANCIENS PROFESSEURS

À MES AMIS BORDENAVE, CAPDEVILLE, CHARRANÇON

MÉDECINS LIEUTENANTS DES TROUPES COLONIALES

ET A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

ET DES TROUPES COLONIALES

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Docteur BALARD

accoucheur des hôpitaux

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a guidé de ses précieux conseils. Pour tout l'intérêt qu'il nous a témoigné, nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur ANDERODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

Nous lui sommes aussi redevables des conseils éclairés qu'il nous a prodigués au cours de notre stage obstétrical. Nous l'en remercions sincèrement.

AVANT-PROPOS

Le Dr Balard nous a conseillé ce sujet, déjà souvent traité. Nous n'espérons pas faire œuvre nouvelle. Les cas de grossesse chez les primipares très jeunes, sans compter ceux qui restent dans l'ombre, ne sont pas si rares. La grande presse s'en est même emparée. Ne voit-on pas de temps en temps dans les journaux le titre suivant : « La plus jeune mère de France » instituant si l'on peut dire un championnat de la plus jeune procréatrice. Au point de vue médical, nous tenons à faire remarquer ce que cette publicité a de malsain, mettant en lumière les faits et gestes, heureux ou malheureux, de ces très jeunes vedettes.

Nous étudierons donc la puerpéralité chez les femmes de moins de quinze ans, limitant ainsi notre enquête à l'âge où la procréation devient légale en France. Nous suivrons le plan suivant :

I. Historique ;
II. Développement du bassin ;
III. La menstruation ;
IV. La grossesse ;
V. Travail et accouchement ;
VI. Suites de couches ;
VII. Le nouveau-né et l'allaitement ;
VIII. Observations ;
IX. Conclusions.

Nous remercions respectueusement ici MM. les professeurs Pery et Andérodias qui ont bien voulu nous permettre de consulter les registres de la maternité et de la clinique obstétricale.

HISTORIQUE

Depuis le XVIII[e] siècle de nombreux médecins et accoucheurs de tous pays se sont occupés de la puerpéralité chez les femmes très jeunes. Leurs opinions étaient diverses, leurs conclusions différentes.

En France, en 1718, Dionis le premier déclare que si l'on avait à faire un choix entre deux primipares ayant l'une quinze ans et l'autre quarante, c'est celle de quinze ans qu'il faudrait préférer.

En Allemagne, dès 1725, Weindman cite un baptême peu commun ; la mère de l'enfant était âgée de 9 ans et le père de 13 ans. A la même époque d'Outrepont signale deux cas de grossesse chez des fillettes de 9 ans, l'une se terminant par un avortement au 4[e] mois ; la seconde ne dépassant pas le 7[e] mois.

En 1740, Mauriceau dans son *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui ont accouchées* (7[e] édition), remarque que la jeunesse est une difficulté à la marche de l'accouchement. Il nous trace même la thérapeutique à suivre pour les aplanir : « Traitez-la fort doucement et amolissez-lui le passage avec des huiles grasses en les oignant de ces choses longtemps avant l'accouchement pour les relâcher et les rendre plus facile à se dilater ».

De la Motte, en 1745, énumère des observations de fillettes de 13 et 14 ans « étant encore des enfants à jouer avec des poupées et à s'occuper à d'autres badinages aussi puérils ».

Vers 1749, Puzos écrit que le déchirement des parties doit remédier à l'insuffisance du passage chez les primipares très jeunes.

La première observation officielle fut publiée par l'Académie de Médecine en 1755. Il s'agissait d'une fillette de 9 ans ayant fort bien accouché. Elle fut soignée par l'accoucheur de Mme la Dauphine qui, pour la surveiller plus complètement, la prit à son domicile. L'accouchement eut lieu... « après vingt-quatre heures d'un travail si extraordinaire que tous les maîtres de l'art s'étonnent comme il est possible que la mère soit encore en vie » selon les termes de la narration du temps. L'affaire avait fait quelque bruit et suscité la curiosité des médecins et du public. « L'enfant, dit encore la relation académique, que l'on prendrait à le voir pour celui d'une femme ordinaire a été baptisé sur la paroisse de Saint-André des Arts. Monsieur le comte de... et Mme la marquise de... l'ont tenu sur les fonds baptismaux et lui ont assuré aussi bien qu'à la mère une pension de quinze cents livres leur vie durant ». « Quant au malheureux garçon, marchand de vin, qui avait abusé de l'innocence et de la faiblesse de cette jeune fille il mourut le mois de juin de la même année, sans cela il aurait bien pu être châtié selon la rigueur des lois. »

Pendant la Révolution, nombreuses furent les fillettes âgées de moins de 11 ans à peine, reçues à la Maternité de Paris.

En 1867, Wiener dans la *Presse médicale de Vienne* publie un cas de grossesse chez une primipare de 12 ans 1 /2.

En 1875, Depaul cite le cas d'une fillette ayant accouché avant d'avoir atteint sa douzième année; Joulin signale même la rareté des avortements chez ces jeunes primipares. La même année aussi l'Espagnol Gomez Torrès observe chez elles la fréquence de la rigidité du col.

Petit, en 1876, remarque le premier la fréquence de l'albuminurie gravidique. Les Allemands Stramm et Bidder recherchent l'influence de l'âge des parents sur le sexe des enfants.

Vers 1877, en Belgique, Molitor rapporte deux cas de grossesse observées chez des filles de huit ans.

L'Allemand Sobbe, en 1878, étudie le poids et la longueur du nouveau-né par rapport à l'âge de la mère.

En 1882, Dieterlen se range à l'avis de Mauriceau et conclut dans sa thèse que les femmes très jeunes offrent moins de résistance aux complications de l'accouchement qu'une femme ayant atteint son développement complet.

En 1884, Peyrat déclare aussi dans sa thèse que les primipares très jeunes sont exposées aux complications, en particulier aux avortements; mais chez celles menant leur grossesse à terme l'accouchement serait rapide. De plus, d'après lui, la puberté précoce favorise la grossesse jeune. La même année l'Allemand Kleinwatcher remarque dans un important travail que les complications se rencontrent plus rarement chez les primipares jeunes; la durée de l'accouchement augmentant avec l'âge.

En 1885, l'Italien Paolo Negri d'après les statistiques de la Maternité de Milan (1852 à 1885) note que l'accouchement chez les primipares très jeunes n'a fourni que des cas peu favorables quant à la durée d'expulsion, par contre très favorables en ce qui concerne la dilatation, le poids du fœtus, son volume et sa présentation.

Vers 1889, Mlle Montegut publie un cas de maternité chez une primipare de 14 ans 1 /2.

En Amérique, en 1889, pour la première fois Russel et Shaughter donnent l'observation d'une fillette de 12 ans 1 /2 non réglée, à seins et à système pileux non développés, ayant eu un rapport sexuel avec un gros nègre de 50 ans, qui devient enceinte et accouche à terme d'un garçon de 2 kg. 700.

En 1895, les Allemands O. Spitta et Ferner rapportent des cas de grossesse chez des fillettes de 14 ans, 10 ans et de 11 ans et 2 mois.

En 1898, l'Américain Wilkinson cite le premier un cas de gémellité chez une négresse de 13 ans, réglée à 11 ans, dont l'accouchement fut facile. Drakely et Scott signalent des cas de 11 et 12 ans. Willard, lui, rapporte le cas d'une fil-

lette de 11 ans et 11 mois se livrant à la prostitution depuis l'âge de 8 ans, réglée à 10 ans, qui accoucha facilement d'un bel enfant, mais qui eut une double phlébite dont elle guérit; redevint prostituée et finit à 20 ans par se marier avec un fermier avec qui elle eut après plusieurs avortements encore 7 enfants. En France, Bousquet dans la *Semaine médicale de Paris* publie toutes les observations d'accouchement menées à bien chez des primipares de 12 ans. Mastre signale aussi le cas d'une fillette de 13 ans et 6 mois, jamais réglée, ignorant sa situation jusqu'au dernier moment, affirmant que c'était son bon appétit qui l'avait fait ainsi profiter; accouchement à terme par application de forceps, l'enfant pesant 3 kg. 500 et ajoute Mastre, cette fille n'a témoigné aucune émotion, ni aucun sentiment maternel pendant les huit jours qui ont suivi l'accouchement. Enfin Sage de Bordeaux et l'Anglais Scott signalent un cas de 13 ans et 6 mois et un de 11 ans.

La même année toujours les Anglais Harris, Godson et Roberts publient des cas de grossesse chez des primipares de 14 ans et 14 ans 1 /2.

En 1901, Pannetier sur 17.000 accouchements de la clinique Tarnier relève 8 cas de puerpéralité de moins de quinze ans.

En 1903, Picard dans ses conclusions de thèse dit « que la menstruation est précoce chez celle-ci; l'accouchement en général facile; le produit de la conception normal; mais, par contre, la fréquence des insertions basses du placenta.

En 1904, Peyrat note la fréquence et l'exagération des troubles sympathiques de la grossesse, sans troubles particuliers au moment de l'accouchement. Pour Mlle Pomeloff, en 1906, l'albumine est souvent observée.

En 1909, le *Progrès médical de Bruxelles* publie une observation de grossesse chez une fillette de 12 ans 1 /2 « petite, menue, court vêtue, insouciante, livrée aux plaisirs de son âge » (uniquement croyait-on). Donc l'impression d'une enfant peu développée. Cependant l'accouchement fut facile; le nouveau-né pesant 3 kilos.

En 1911, Bonnet-Laborderie signale une maternité chez une femme non encore réglée de 14 ans et 1 mois : accouchement normal, mais malformations fœtales incompatibles avec la vie.

En 1913, le Suisse von Haller publie l'observation d'une fille qui, réglée à 2 ans, ressentit les douleurs de l'enfantement à 8 ans et 9 mois. Après 7 jours de douleurs et devant la procidence d'un bras on appela un certain Brun « pseudo-chirurgien » qui arracha le bras, ouvrit le ventre et à l'aide d'un forceps analogue à celui utilisé par les forgerons en extrait l'enfant. Cette fille survécut et ne mourut que 27 ans plus tard.

En 1918, l'Anglais Burnet rapporte l'observation d'une fillette de 14 ans qui réglée à 12 ans accoucha normalement d'un enfant pesant 9 livres.

En 1924, dans sa thèse *Grossesse et accouchement chez les femmes au-dessous de* 15 *ans* (36 cas), Gugenheim de Bordeaux conclut que la grossesse paraît ne pas être plus mauvaise que celle des autres primipares, mais prédispose souvent à l'accouchement prématuré; les applications de forceps assez fréquentes, les suites de couches normales.

Pour l'Américain Dietrick, en 1927, la plus jeune primipare aurait été une Chinoise de 7 ans, mais il croit cela inexact et pense que le cas le plus précoce est celui cité par Brood (primipare de 8 ans 1 /2).

Fronticelli, de Rome, au XXX^{e} Congrès de la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie en 1930, après s'être arrêté sur la question du développement du bassin, les toxémies gravidiques, la durée de l'accouchement chez les toutes jeunes conclut que les mères très jeunes ayant eu une puberté précoce, il n'y a pas de rétrécissement du bassin, plus rares sont les toxicoses, qu'on ne rencontre que peu ou pas de cardiopathies, ni de tuberculose, mais que l'accouchement prématuré est fréquent, la nati-mortalité de 2,7 %, la mortalité néo-natale de 3 %. Les déchirures périnéales sont plus fréquentes.

En 1931, Grinsard de Lyon, dans sa thèse, affirme que le pronostic maternel n'est pas du tout défavorable; l'accouchement se fait généralement avant terme; mais la durée d'expulsion est très rapide. Le pronostic des suites de couches serait moins bon, entraînant quelques complications légères. L'état physique de l'enfant bon dans la majorité des cas.

En 1933, l'Anglais Keane rapporte le cas d'une primipare âgée de 17 ans entrée à l'hôpital de Delhi pour une tumeur abdominale qu'on reconnut être une grossesse. Elle n'avait jamais été réglée; accouchement terminé par une césarienne, la tête ne s'engageant pas. L'enfant du sexe féminin pèse 4 livres 3 onces.

En 1934, le Pr Frœlich de Nancy, dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* du mois de mars signale deux cas de grossesses chez des fillettes âgées respectivement de 12 et 10 ans, la première devint enceinte sans jamais avoir été réglée, son enfant porteur d'un lymphangiome kystique du cou meurt par la suite; la deuxième accouche d'un enfant mort-né. Il rapporte enfin le cas extraordinaire publié par deux gynécologues russes (in *Schweiz. med. Woch.* 6 janv. 1934) d'une fillette qui réglée à 4 ans devint enceinte à 6 ans, le procréateur étant son grand-père âgé de 69 ans. Elle accoucha d'un enfant mort qu'il fallut extraire par perforation. Entre les douleurs, cette fillette jouait avec ses poupées et avec un papillon qu'elle avait attrapé. Elle croyait satisfaire à un besoin naturel, elle s'est parfaitement rétablie. Aussi croyons-nous que c'est la Russie qui détient le record de ce genre de précocité.

En 1935, le Dr Avrane, de Paris, a, sur les registres de la clinique Baudelocque, relevé 61 observations de primipares très jeunes pendant ces 15 dernières années, la plus jeune avait 13 ans.

Enfin, en 1936, on a signalé à la maternité de Rochefort l'accouchement d'une fillette de 12 ans et demi, accouchement s'étant effectué dans de bonnes conditions.

Par cet exposé, nous voyons donc que les grossesses de moins de 15 ans ne sont pas une rareté. Elles ont toujours intéressé les accoucheurs qui, au début, les considérèrent comme une curiosité, mais qui, dans la suite, constatèrent que ces grossesses se déroulaient souvent comme une grossesse normale.

DÉVELOPPEMENT DU BASSIN

La première question qui vient à l'esprit, est de se demander à quel âge chez la femme le bassin atteint son développement complet ou un développement suffisant pour permettre l'accouchement d'un enfant de poids moyen. Aussi pour la résoudre avons-nous cherché l'avis des différents anatomistes.

D'après Sappey, à 16 ans les parois antérieures et latérales du bassin ont acquis tout leur développement, mais il n'en est pas de même de la paroi postérieure, les épiphyses marginales du sacrum ne se soudant qu'à 19 ou 20 ans. Donc seulement à cet âge le petit bassin acquiert ses plus grandes dimensions. Pour Velpeau et Joulin, la réunion des points osseux n'est complète qu'à 15 ou 18 ans. Guetelet signale que le maximum est atteint à 19 ans. Burns remarque qu'à 18 ans le bassin n'a pas encore ses proportions définitives.

Bichat, au contraire, dit qu'à 9 ou 10 ans le bassin est assez régulièrement conformé pour que l'accouchement soit possible. Ribemont-Dessaigne dans son *Traité d'accouchement* admet que le développement complet se fait vers 18 ou 20 ans. Tarnier dit lui aussi que les parois latérales s'accroissent jusqu'à 19 ou 20 ans. C'est donc à cet âge seulement que la nubilité est complète. A partir de cet époque, le développement du bassin est achevé, on ne constate plus de changement si ce n'est dans l'épaisseur des os. Pour Bar et Brindeau, le bassin n'est complètement ossifié que vers 25 ans.

Enfin Testut et Latarjet dans leur *Traité d'anatomie* ont

étudié anatomiquement et histologiquement le développement du bassin. Pour eux, l'os coxal se développe par trois points primitifs que viennent compléter plus tard de nombreux points complémentaires. Les trois points primitifs sont destinés à l'ilion (point iliaque), au pubis (point pubien) et à l'ischion (point ischiatique). De ces trois points le point iliaque apparaît le premier du quarante cinquième au cinquantième jour de la vie intra-utérine; vient ensuite le point ischiatique vers la fin du troisième mois et enfin vers la fin du quatrième le point destiné au pubis. Les points complémentaires eux sont variables en nombre et en importance. Nous citerons comme étant à peu près constants un point pour l'épine iliaque antérieure et inférieure (il apparaît de 14 à 15 ans); 2° un point pour la crête iliaque (de 15 à 16 ans); 3° un point pour la tubérosité de l'ischion (également de 15 à 16 ans); 5° un point pour l'épine sciatique (vers 16 ans); 6° un point pour l'angle du pubis (de 19 à 20 ans); enfin trois points pour la cavité cotyloïde; l'un occupe le centre de l'étoile cotyloïdienne, le second se développe à l'extrémité terminale du rayon postérieur, le troisième, le plus important des trois, répond à la partie terminale du rayon antérieur. Le point d'ossification qui formera en se développant l'os cotyloïdien fait ordinairement son apparition vers l'âge de 12 ans, les deux autres points complémentaires de la cavité cotyloïde ne se montrent que plus tard vers 13 à 14 ans. Enfin la soudure de ces différentes pièces osseuses se fait pour le pubis et l'ischion de 10 à 12 ans; le pubis et l'ischion eux vers 15 à 16 ans. Quant aux points complémentaires ils sont tous réunis aux centres primitifs de 15 à 20 ans. L'os cotyloïdien se soude ordinairement auxdeux pièces osseuses sous-jacentes de 15 à 18 ans.

Donc, ce serait de 17 à 19, d'après tous les auteurs, sauf Bichat, que le bassin atteint son développement complet.

Nous avons emprunté à Burns ses chiffres sur la marche de l'accroissement des diamètres du bassin.

Age	Diamètre antéro-postérieur	D. transverse
9 ans.....	7 cm.	7 cm.
10 ans.....	8 cm.	8 cm. 5
13 ans.....	8 cm.	9 cm. 5
14 ans.....	9 cm. 5	10 cm.
18 ans.....	9 cm. 75	11 cm. 5

Nous voyons donc que, d'après lui, les dimensions habituelles du bassin chez l'enfant de 14 ans sont de 9 cm. 5 et 10 cm. alors qu'un bassin d'adulte présente pour les mêmes dimensions 11 et 12 cm. Il semble donc à première vue sans tenir compte des dimensions du mobile et surtout de la malléabilité de la tête fœtale que les dystocies doivent être importantes. Or, sur 88 observations, nous avons relevé : deux parturientes présentant un bassin légèrement rétréci dont un nécessita une application de forceps; deux bassins généralement rétrécis, dont l'accouchement s'est terminé tous les deux par une application de forceps. Un bassin très rétréci ayant nécessité une césarienne; un bassin caniculé et enfin un bassin asymétrique à la suite d'une paralysie infantile.

Il semble donc que ces primipares très jeunes présentent la plupart du temps des bassins normaux. L'accouchement chez elles est ordinairement normal, et pour expliquer l'absence de dystocie nous faisons une certaine place aux mouvements des articulations du bassin à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement. Ces articulations qui ne présentent à l'état normal que de légers glissements augmentent leur mobilité au fur et à mesure que la grossesse évolue et atteignent leur maximum au moment de l'accouchement. De plus, chez ces femmes très jeunes, la malléabilité des os et des articulations est plus grande. Ce serait peut-être souvent la cause chez elles de la facilité relative des accouchements.

LA MENSTRUATION

Pinard semble nous avoir donné la meilleure définition de la menstruation : « La menstruation est l'écoulement sanguin périodique d'origine utérine se faisant au niveau des organes génitaux chez la femme bien portante tant qu'elle est apte à procréer, écoulement qui est supprimé d'une façon absolue par toute gestation et d'une façon relative par l'allaitement ».

Pour Raciborsky, la date d'apparition de la menstruation est autour de 14 à 15 ans. Elle serait sous la dépendance de plusieurs facteurs géographiques : le climat (femmes turques et arabes réglées vers 9 ans); l'hérédité (famille où la mère et ses filles furent réglées toutes vers l'âge de 11 ans); enfin le milieu social et l'éducation (femmes de ville plus vite réglées que femmes de la campagne). Il invoque aussi « l'énergie du sens génital » : plus les règles sont précoces, plus précoce est le développement des caractères sexuels secondaires. Von Haller, en 1913, signale des cas de menstruation encore plus précoce : menstruations établies à 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, 6 ans et 7 ans. Le Dr Rowlet, de Waisborough, cite le cas d'une fille réglée pour la première fois à 1 an. Son bassin et ses seins étaient devenus remarquables par un développement extraordinaire; ses règles furent régulières jusqu'à l'âge de 9 ans où elle devint enceinte et accoucha normalement. Le Pr Frœlich de Nancy cite le cas d'un enfant de 6 jours atteint de bec de lièvre bilatéral. Quelques jours avant l'opération cet enfant présenta un écoulement de sang par le vagin, celui-ci dura 3 jours. On remarquait aussi une

hypertrophie des seins. Mais l'enfant succomba peu après. Le Dr Gourdon de Bordeaux a publié l'observation d'une fillette de 20 mois atteinte de luxation congénitale des 2 hanches : depuis l'âge de 15 mois elle avait ses règles pendant trois jours chaque mois, seins développés plus que normalement, facies plus vieilli que d'une fillette de son âge. Revue à 12 ans elle était très développée et corpulente, ses règles n'avaient jamais fait défaut depuis l'âge de 15 mois. Arnold lui aussi a observé une fillette dont la menstruation s'établit dès son entrée dans la vie et Weiss à la fin de la première année. Monceau rapporte un cas à l'âge de 5 ans.

Campuneaud dans sa thèse *De la fonction menstruelle et de l'âge de son apparition plus spécialement à Bordeaux et dans le Sud-Ouest* (Bordeaux, 1919) a dressé des statistiques à ce sujet. Pour lui, l'âge d'apparition de la première menstruation oscillerait très exactement autour de 14 ans avec des mois en plus ou en moins selon les conditions climatiques et en particulier à la ville ou à la campagne, ces moyennes ne dépassant pas deux mois. Il existe d'ailleurs des cas de menstruation antérieures à 10 ans qui sont sous la dépendance des fonctions ovariennes et il ne faut pas les confondre avec les métrorragies des nouveau-nés. Enfin Feldweg (*Die Bedenlung der Menarche*, 1931) sur une statistique des fonctions génitales de la femme englobant trois mille femmes, constate que les premières règles surviennent le plus souvent entre 14 ans et 16 ans.

Les différents auteurs ayant publié des cas de grossesse chez les primipares très jeunes ont tous remarqué la précocité de la puberté chez celles-ci.

Picard, le premier, constate la précocité de la menstruation chez les primipares très jeunes. Peyrat dit qu'un rapport existe entre l'apparition des règles et l'apparition de la première grossesse. Kleinwateher est du même avis, Finot dans sa thèse inspirée par Pinard, *Menstruation et fécondation* remarque le fait inverse : les femmes réglées tardivement ne

sont fécondées généralement qu'à 25, 28, 30 ans : « chez elles, l'aptitude begaye pendant un temps plus ou moins long avant de bien parler. » (Pinard). Gugenheim (thèse Bordeaux,1924) trouve comme âge moyen de ces jeunes primipares : 12 ans. Pour Grinsard (thèse Lyon, 1931) l'apparition varierait de 11 à 13 ans. Chez ces jeunes femmes, d'après les différents auteurs, les règles étaient généralement régulières, abondantes, peu douloureuses.

D après nos recherches à la clinique obstétricale et à la maternité sur 88 cas, nous trouvons 13 primipares réglées à 14 ans ; 3 à 13 1 /2 ; 18 à 13 ; 2 à 12 1 /2 ; 24 à 12 ans ; 8 à 11 1 /2 ; 7 à 11 ans ; 3 à 10 ans 1 /2 et enfin 5 à 10 ans. Sur 5 observations nous n'avons pu relever la date d'apparition des règles.

En somme, en faisant une moyenne, on constate que la date d'apparition se fait vers 12 ans.

La plupart de nos primipares avait des règles régulières, abondantes, peu douloureuses, durant trois à quatre jours.

Nous n'avons pas comme Peyrat, Mastre, Bonnet-Laborderie et le Pr Frœlich trouvé des jeunes femmes n'ayant jamais été réglées et devenant enceintes. Les cas de ces auteurs sont cités dans notre historique.

Nous croyons donc que la précocité de la puberté chez ces jeunes primipares serait peut-être explicable par une activité prématurée des glandes endocrines qui président à la puberté et à l'accroissement. Ce qui nous permettrait, le bassin ayant ainsi acquis un développement plus précoce que d'habitude, d'expliquer la facilité relative de ces accouchements.

LA GROSSESSE

Le Code civil français indique dans son article 144 que l'homme avant 18 ans révolus et la femme avant 15 ans et trois mois ne peuvent contracter mariage. Toutefois la législation a prévu la conception au-dessous de cet âge et l'article 145 permet l'abaissement de la limite d'âge en cas de grossesse. Nous avons vu ces quelques dernières années l'article 145 parfois mis en application, les cas de grossesse chez les femmes de moins de 15 ans étant peu fréquents, mais pas absolument rares. Notre historique en fait foi.

Pour ne mentionner que quelques statistiques : Pannetier sur 17.000 accouchements faits à la clinique Tarnier (1890 à 1900) constate 22 grossesses de moins de quinze ans. Peyrat sur 5.056 accouchements de la clinique du prof. Audebert en cite 10. En 1924, Gugenheim trouve 36 cas de 1913 à 1924 à la clinique du prof. Rivière. A la clinique obstétricale et à la maternité de Lyon de 1919 à 1929 Grinsard n'a pu réunir que 31 observations sur 30.310 accouchements. Enfin le Dr Avrane a colligé 61 observations à la clinique Baudelocque pendant ces quinze dernières années.

Quant à nous, sur les registres de la clinique obstétricale (1913-1936) nous ne notons que 40 cas de puerpéralité de moins de quinze ans. Sur ceux de la maternité de 1922 à 1936 nous ne relevons que 48 cas.

Ce qui fait sur 31.000 accouchements environ faits à la clinique et à la maternité un pourcentage de 0,28 %.

Nous avons recherché s'il existait des multipares. Nous

n'avons trouvé qu'une seule qui ayant accouché pour la première fois à 15 ans, accoucha pour la seconde fois vers 16 ans. Ces accouchements eurent lieu dans de bonnes conditions.

Nous n'avons relevé qu'un seul cas de gémellité.

L'âge des procréateurs était variable, le plus jeune avait 17 ans et le plus âgé 72 ans.

Les antécédents de ces jeunes primipares n'ont rien de particulier, à part les maladies de l'enfance. Nous notons cependant un cas de spécificite et un cas de paralysie infantile. En général leur état physique est bon, le squelette moyen, les seins et le système pileux développés. Aussi présentent-elles le plus souvent une constitution plus avancée que celle des filles de leur âge.

Nous allons étudier d'ailleurs successivement les diverses modifications survenues dans l'organisme maternel au cours de la grossesse :

Appareil urinaire : A l'encontre de Petit et de Peyrat qui écrivaient que l'albuminerie gravidique atteint son maximum chez les femmes qui se rapprochent le plus du début de la vie sexuelle pour décroître par la suite; nous nous rangeons à l'avis de Kleinwatcher, Picard, Gugenheim et Grinsard qui soutiennent que l'albuminurie est rare chez ces jeunes primipares. A l'appui, nous ne notons que 4 cas d'albuminurie dont deux légers.

Pour notre part, nous n'avons à signaler aucun cas d'éclampsie, alors que Grinsard (thèse Lyon, 1931) en avait trouvé trois qu'il attribuait au défaut de surveillance qu'a créé la dissimulation prolongée de la grossesse.

Par contre, nous avons remarqué la fréquence de la polakyurie et de la polyurie.

Appareil respiratoire : Ces troubles sont presque nuls. Nous ne constatons que quelques cas de dyspnée légère et un cas de bronchite aiguë, enfin un cas de broncho-pneumonie grave (obs. 89)

Appareil digestif : Pour Pannetier et Peyrac les nausées et vomissements seraient particulièrement fréquents. Au contraire, Picard, Gugenheim et Grinsard ne signalent pas de troubles digestifs. Nous avons noté, au contraire, dans nos observations la fréquence de vomissements au début et pendant toute la grossesse, mais ceux-ci n'ont jamais donné lieu à des complications ultérieures.

Appareil circulatoire : le Prof. Budin a écrit « si les femmes très jeunes paraissent être indemnes de varices, on les rencontre pourtant dès l'âge de 19 ans ». Delpech est d'un avis contraire. Gugenheim en trouve dans la proportion de 9 %; Grinsard ne trouve que 2 cas sur 31 observations. Sur 88 observations nous ne relevons que 6 cas de varices du membre inférieur et 2 cas de varices vulvaires.

Système nerveux : Kleinwatcher reste le seul auteur ayant signalé la fréquence des troubles psychiques chez les primipares très jeunes. Nous avons remarqué seulement un cas de chorée au 7e mois d'une grossesse.

Appareil génital : Nous avons constaté la fréquence des pertes blanches 40 sur 88 en présentaient. De plus quatre étaient atteintes de vaginite granuleuse.

Les hémorragies : Kleinwatcher et Peyrat notent la fréquence des hémorragies chez les primipares jeunes. Picard, Muller, Gugenheim et Grinsard sont d'un avis opposé. Nous nous rallions à eux n'ayant trouvé qu'une jeune primipare présentant quelques pertes de sang à la fin de sa grossesse (obs. 88).

Les seins : Dans toutes les observations les seins étaient normaux et bien développés.

Durée de la grossesse.

Nous ne signalons qu'un cas d'interruption de la grossesse pouvant servir à l'appui de l'opinion émise par Burns qui

écrivait « les deux extrêmes de la vie de reproduction se font remarquer par l'avortement ». Il s'agit d'une primipare de 13 ans (observ. 89 Canolle) qui atteinte de broncho-pneumonie très grave avorta à trois mois et décéda trois jours après.

Quant à la durée de la grossesse, Withead et Zambais pensaient que la grossesse chez les primipares jeunes ne va pas jusqu'à terme. En 1881 Vayselt fait à la Maternité de Lyon des recherches qui confirment l'opinion de Withead. Kleinwatcher et Peyrat sont du même avis. En 1931, Fronticelli lui aussi constate ce fait. Paolo-Negri est d'un avis contraire, Grinsard sur 32 observations trouve 12 accouchements à terme et 16 prématurés, mais généralement dans le courant du dernier mois.

Sur 88 observations (une seule ne spécifiait rien) nous trouvons 68 accouchement à terme et 19 accouchements prématurés. Sur ceux-ci, 2 eurent lieu à 7 mois ; 1 à 7 mois 1 /2 ; 10 à 8 mois et 6 à 8 mois 1 /2. Un seul accouchement prématuré était dû à une chute.

Il semblerait donc que la primiparité précoce favoriserait l'accouchement prématuré : l'utérus de ces jeunes primipares n'ayant pas atteint son développement et sa structure complète, serait peut-être plus apte à se débarrasser de son produit avant terme.

En résumé la grossesse chez ces jeunes primipares semble à peu près normale. Nous constaterions seulement une certaine exagération des troubles sympathiques et la fréquence des pertes blanches.

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

L'accouchement chez de telles primipares fut redouté par certains accoucheurs (Mauriceau, Puzos). Au contraire, Paolo Negri, Peyrat, Pannetier, et dans ces derniers temps Gugenheim, Fronticelli et Grinsard furent unanimes à déclarer que l'accouchement est facile et rapide. En 1935, Avrane le trouve spontané dans 97 % des cas.

Nous allons étudier les différents temps du travail et de l'accouchement afin de nous faire aussi une opinion.

Présentations : Les présentations du sommet sont en majorité. Sur 88 observations (dont une de gémellité), nous ne trouvons que 4 sièges. Ces 88 se divisent comme suit :

OIGA	34
OIDA	0
OIDP	23
OIGT	12
OIDT	7
SIG	4
NIDP	1
OIGP	2
?	6

Les OIGA évidemment sont les plus nombreuses, mais nous ne trouvons pas les mêmes proportions notées par Peyrat et Pannetier (1 OIDP pour 4 OIGA). Gugenheim n'observe qu'1 OIDP pour 3 OIGA. Nous n'arrivons même pas à 1 OIDP pour 2 OIGA.

Durée période de dilatation : Dieterlen a trouvé en moyenne 17 h. 3; Paolo Negri 10 h. 6. Pannetier 13 h. 10. Picard 11 h. 6. Nous nous rangeons à l'avis de Gugenheim qui a constaté comme nous des dilatations très lentes 60 h. et des dilatations très rapides 5 h. 1 /2, 5 h.

Les membranes : Valenta signale la rudesse particulière des membranes. Picard sur 38 cas trouve 23 fois la rupture artificielle. Gugenheim sur 36 observations a constaté lui aussi plus de ruptures artificielles que de ruptures spontanées (20 artificielles pour 13 spontanées). Nos observations nous donnent le résultat suivant : 43 ruptures artificielles, presque la moitié; 30 spontanées; enfin 15 fois les observations ne portaient aucune indication sur ce point.

Douleurs et contractions urérines : Pour Noegelé « la trop grande jeunesse de la mère serait peut-être une cause de la faiblesse des douleurs. Weiss, au contraire, croit que les contractions utérines sont aussi intenses. Nous n'avons relevé aucune anomalie des contractions utérines dans nos observations, sauf une où l'inertie utérine nécessita l'application de forceps.

La rigidité du col signalée par Gomez Torrès n'a pas été constatée par nous.

La durée expulsion : Pour Paolo Negri : 2 h. 56. Suivant Dieterlen 1 h. 15; pour Kleinvatcher 1 h. 35; pour Pannetier 59 minutes. Gugenhein lui trouve une moyenne de 1 h. 30, et enfin Grinsard 1 h. 20. Sur nos 88 observations dont 15 ne portent pas la durée d'expulsion, nous avons trouvé comme moyenne 50 minutes. La plus longue durée était de trois heures trente-cinq et la plus courte de 5 minutes. Nous nous rapprochons du chiffre de 47 minutes cité par Avrane de Paris en 1935.

La durée totale du tavail : Pour Kleinwatcher elle est de 16 h. 35, pour Paolo Negri et Peyrat 13 h. Mlle Pomeloff donne 17 h. 20, Gugenheim, 17 h. 30, Grinsard, 15 h. 40 et

enfin Avrane 16 h. En faisant la moyenne denos obsverations nous arrivons à 13 h. environ.

Les **déchirures** du périnée ont attiré l'attention des auteurs. Tittel et Gugenheim donnent comme proportion 30 %. Steimman et Pannetier respectivement 13,4 % et 4,9 %. Sur 88 observations nous relevons en comptant les épisotomies et les déchirures ensemble 35 cas. Donc à peu près du 40 %, chiffre un peu plus élevé que celui donné par Tittel et Gugenheim.

Application de forceps : Dans nos observations, nous notons d'abord une césarienne (obs. 79) pratiquée à terme dans un bassin très retréci. Nous avons également relevé 9 applications de forceps : une application de forceps pour mauvais état maternel; une pour inertie utérine; une pour bassin légèrement retréci et deux pour bassin généralement retréci. Les 4 autres à l'excavation furent nécessités par la longueur du travail et la souffrance fœtale. Ce qui nous donne un pourcentage de 10,5 %. Ces applications semblent donc plus fréquentes chez ces jeunes primipares.

La **délivrance** a été presque toujours naturelle et rapide. Une seule observation nous apprend que la délivrance a été artificielle pour hémorragie due à l'inertie utérine. Une seule observation aussi relate une hémorragie après délivrance ayant nécessité une revision utérine. L'insertion basse du placenta notée par Avrane comme fréquente (26,2 %) mais sans complications, a été relevée une seule fois par nous.

SUITES DE COUCHES

Avant l'ère antiseptique les auteurs étaient d'accord pour conclure que les suites de couches chez ces jeunes primipares étaient moins favorables que celles de primipares adultes.

Paolo-Negri sur 27 cas signalait 6 métrites, 2 péritonites, un cas d'infection purulente et une fièvre typhoïde; Titell sur 32 femmes relevait 50 % d'infection puerpérale. Kleinwatcher donnait une proportion moindre mais relevant cependant à 13,88 %. Quant à la mortalité ces auteurs la trouvait élevée : Kleinwatcher 3,7 %, Tittel 2,87 %.

Après l'ère antiseptique, les auteurs trouvèrent que les suites de couches sont absolument normales : Picard sur 38 observations arrive à 3 cas de fièvre pour lymphangites, 2 cas de poussées fébriles passagères due à la rétention de quelques débris de caduques et une seule grippe.

En 1924, Gugenheim conclut dans sa thèse en disant que les suites de couches ne sont ni meilleures, ni plus mauvaises que chez les autres primipares.

En 1931, Grinsard sur 31 cas signale 4 suites de couches légèrement fébriles et une où la température resta longtemps plus élevée.

En 1935, Avrane écrit que les suites de couches se sont montrées normales dans presque tous les cas. Il n'a relevé que 10 % de lymphangites du sein.

Or, sur nos 88 observations nous notons 14 endométrites légères, une infection puerpérale de gravité moyenne, cinq lymphangites du sein et un abcès du sein. Cela nous donne à peu près du 23 %.

Nous ne signalons qu'un décès (obs. 89 de Canolle) de primipare de 13 ans, atteinte de broncho-pneumonie grave qui fit un avortement. Il semblerait donc, d'après nos chiffres, que les suites de couches chez ces jeunes primipares sont moins bonnes que celles de primipares adultes.

LE NOUVEAU-NÉ

Ce chapitre du nouveau-né et surtout l'étude de son développement immédiat nous paraît être d'importance. A première vue, ces enfants nés de mères très jeunes, devraient être chétifs, de taille et de poids inférieurs à la normale, et leur développement ultérieur être assez pénible.

Pour Kleewatcher la *mortalité* des enfants nés de primipares augmentent avec l'âge de la mère. Weiss pense au contraire que cette mortalité est la même chez les primipares jeunes et celles d'âge moyen. Peyrat, dans sa thèse, ne signale pas de mort-né, un seul décès de prématuré à 6 mois 1/2. Picard, sur 38 accouchements, trouve un fœtus macéré, un putréfié et 2 décès de prématurés quelques heures après leur naissance. Mlle Pomeloff signale également un macéré et un mort né. Gugenheim n'en trouve pas. Grinsard sur 31 cas note un mort né après accouchement prématuré à 8 mois et signale le décès d'un enfant 3 heures après sa naissance, décès dû à la syphilis maternelle. Sur 88 observations, nous trouvons 5 morts nés dont 2 prématurés pesant respectivement l'un 2 kg. 100 et l'autre 1 kg. 880. Parmi les autres : l'un du poids de 3 kg. 100 dont l'accouchement se termina par une application de forceps ; l'autre (un siège) du poids de 3 kg. 420 à accouchement aussi terminé par application de forceps ; enfin le dernier pesait 2 kg. 600 et fait à noter, on avait donné du sirop de Gibert à la mère pendant sa grossesse.

Dans les jours proches de la naissance, nous relevons 4 morts dus à leur débilité et à leur mauvais état physique.

L'état physique : Nous constatons 10 débiles, c'est-à-dire pesant moins de 2 kg. 500. La reprise de poids de ceux-ci au lieu de se faire comme normalement vers le 5e jour, ne se fait que vers le 9e ou 10e jour. Nous n'avons pas pu savoir quel a été leur développement ultérieur.

Les autres enfants étaient notés comme ayant un bon état physique.

Alors que Kleinwatcher signale chez ceux-ci la fréquence des malformations nous n'en avons pas rencontré.

Nous avons noté seulement une paralysie faciale due à une application de forceps.

Le sexe : La plupart des auteurs sont de l'avis de Peyrat qui écrit que « les primipares très jeunes donnent plus de garçons et les primipares jeunes plus de filles ». Grinsard, sur 31 observations, ne relève que 13 filles pour 18 garçons. Sur 88 observations, dont une de gémellité, nous notons au contraire les filles en majorité : 46 filles pour 43 garçons.

Le poids :

Peyrat donne comme poids moyen : 2 kg. 970
Picard — — 3 kg.
Mlle Pomeloff — — 2 kg. 903
Gugenheim — — 2 kg. 944

Grinsard trouve 3 kg. 087 pour les garçons et 2 kg. 763 pour les filles. Avrane : 3 kg. 278 pour les garçons et 2 kg. 865 pour les filles.

Nous avons noté un poids moyen de 2 kg. 960. Donc un poids au-dessous de la normale. Mais il faut tenir compte que sur les 89 enfants, il y en avait 29 nés avant terme. Ce qui semblerait justifier l'assertion émise par Grenier dans sa thèse *Sur le poids de l'enfant à terme* (1912) : « l'âge de la mère exerce une influence très nette, trop jeune ou trop vieille, ses enfants sont d'un développement insuffisant ».

La taille de l'enfant : tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'elle oscille entre 46 et 50 cm. et Grinsard dit que l'on trouve comme moyenne : garçons 49 cm., filles 48 cm.

Nous n'avons pu faire de moyenne, la taille n'ayant pas été relevée sur les observations.

Les dimensions de la tête fœtale : Alors que normalement d'après Fabre les diamètres de la tête fœtale sont de :

Diamètre occipito-frontal	12 cm.
Diamètre sincipito-mentonnier	13 cm. 5
Diamètre sous-occipito-bregmatique.....	9 cm. 5
Diamètre sous-mento bregmatique	9 cm. 5
Diamètre bi-pariétal	9 cm. 5

et les deux principales circonférences d'engagement sont :

Circonférence occipito-frontale.....	37 cm.
Circonférence sous-occipito-bregmatique .	32 cm.

En établissant la moyenne d'après nos observations, nous avons les résultats suivants :

Diamètre occipito-frontal	11 cm. 2
Diamètre succipito-mentonnier	13 cm.
Diamètre sous-occipito-bregmatique.....	9 cm. 1
Diamètre sous-mento-bregmatique	9 cm. 25
Diamètre bi-pariétal	8 cm. 8
Circonférence occipito-frontale.....	35 cm.
Circonférence sous-occipito-bregmatique .	31 cm.

La différence est de 1 1/2 à 1/2 cm. pour ces différents diamètres et circonférences, donc un peu au-dessous de la normale en rapport avec le poids.

Nous n'avons pas remarqué dans nos observations les déformations de la tête fœtale, les chevauchements, les bosses séro-sanguines notées par Grinsard. Nous n'avons pas à signaler non plus de céphalotome.

L'ALLAITEMENT

Pour Guérin-Valmade et Weiss, la lactation était peu abondante et souvent de mauvaise qualité. Avrane dit que l'allaitement au sein a toujours été possible, mais a dû souvent être rapidement complété.

Tous les enfants de nos observations furent dans les jours qui suivent la naissance nourris au sein, deux fois seulement l'allaitement mixte fut nécessaire; une seule fois on recourut à l'allaitement artificiel. Nous croyons cependant avec Avrane que dans la suite la proportion d'allaitements mixtes et artificiels a dû être assez élevée, mais nous n'avons pas pu le vérifier.

En somme, si l'enfant de ces jeunes primipares a un poids normal, et si l'allaitement au sein est suffisant, son développement ultérieur devrait être aussi bon que celui des enfants de primipares adultes.

Nos Observ.	Références	Age	Puberté	Grossesse	Accouchement							Suites de couches	Nouveau-né		
				Antécédents et complications pend. grossesse	Age de la grossesse au moment accouchement	Présentation	Rupture membranes	Durée expulsion	Durée totale	Lésions vulvo-périnéales	Complications pendant l'accouchement		Sexe	Poids	
1	Clinique 1913	15	14	Vomissements, dyspnée d'effort	à terme	OIGA	artificielle	?	12 h.	épisiotomie	application de forceps	endométrite	F	3 k. 500	paralysie faciale
2	Clinique 1914	15	10	Vomissements, pertes jaunâtres	à terme	OIGA	spontanée tempestive	1 h.	24 h.	»	»	»	M	3 k. 730	»
3	Clinique 1914	15	14	Constipation. Pertes blanches	prématurée à 8 mois ½	OIDP	spontanée prématurée	0 h. 30	24 h.	»	»	»	M	1 k. 870	état physique médiocre décédé 15 jours après
4	Clinique 1914	15	14	Vomissements. au début	prématurée à 8 mois	OIDP	?	1 h. 30	?	déchirure superficielle	»	»	F	3 k. 460	»
5	Clinique 1918	15	12	Vomissements au début. Vertiges. Troubles de la vue	à terme	OIDP	spontanée tempestive	?	15 h. 30	»	Application de forceps	»	M	3 k. 100	mort-né
6	Clinique 1918	15	10	»	à terme	OIGA	spontanée prématurée	1 h.	19 h.	petite déchirure	»	»	M	3 k. 650	»
7	Clinique 1919	15	12	Vomissements au début	à terme	OIGA	artificielle	?	26 h.	déchirure	Application de forceps	»	M	3 k. 700	»
8	Clinique 1921	15	12	Maux d'estomac	à terme	OIGA	artificielle	1 h.	21 h.	»	»	»	F	2 k. 650	»
9	Clinique 1921	15	13	Varices	prématurée à 8 mois	OIGA	spontanée prématurée	0 h. 25	?	»	»	»	F	2 k. 730	»
10	Clinique 1922	15	10?	Vomissements au début. Œdème légers d. membres inférieurs le soir. Bronchite aigue. Céphalées nocturnes. Pertes blanches abondantes	à terme	OIGA	artificielle	0 h. 25	2 h. 30	déchirure superficielle	»	»	F	3 k. 550	»

11	Maternité 1922	15	14	Vomissements. Constipation. Mictions fréquentes. Pertes blanches	prématurée à 8 mois	?	artificielle	1 h. 30	6 h. 30	»	»	»	F	2 k. 700	»
12	Maternité 1922	15	12	Polyurie Polakyurie. Vaginite granuleuse. Pertes bl.	à terme	OIGA	artificielle	3 h. 30	17 h. 30	déchirure	»	»	M	3 k. 020	»
13	Maternité 1922	15	13	»	à terme ?	OIDP	artificielle	1 h.	10 h.	»	»	»	M	2 k. 430	débile
14	Clinique 1922	15	12	Céphalées. Pertes blanches	à terme	OIGA	?	?	?	épisiotomie	»	»	F	3 k. 170	»
15	Maternité 1923	15	14	Vomissements. Vaginite granuleuse	à terme	OIGT	artificielle	1 h. 15	28 h. 15	légère déchirure	»	»	M	3 k. 050	mort
16	Maternité 1923	15	14	Pertes blanches	à terme	OIGA	spontanée tempestive	1 h. 30	28 h.	»	»	»	M	3 k. 500	»
17	Maternité 1923	14	11 ½	Vomissements. Polyurie. Pertes blanches au début	à terme	OIGT	artificielle	0 h. 30	11 h.	déchirure	»	»	F	2 k. 500	»
18	Maternité 1923	15	12	Constipation. Mictions fréquentes. Pertes blanches	à terme	OIGA	?	0 h. 20	8 h. 50	»	»	»	F	3 k. 170	»
19	Maternité 1923	15	12 ½	Constipation. Mictions fréquentes. Pertes blanches	à terme	OIGT	spontanée prématurée	3 h. 45	8 h. 25	déchirure	application de forceps	lymphangite mammaire	M	3 k. 300	»
20	Maternité 1924	15	11 ½	Mictions fréquentes. Pertes jaunâtres. Chorée au 7e mois	prématurée à 8 mois	OIDP	artificielle	0 h. 20	21 h. 25	»	»	»	M	2 k. 500	»
21	Clinique 1924	15	12	Pertes blanches	à terme	OIGA	spontanée précoce	1 h.	9 h. 30	»	»	»	F	3 k. 500	»
22	Clinique 1924	15	13	Pertes blanches	à terme	OIDP	artificielle	0 h. 35	10 h. 30	»	»	»	F	2 k. 360	débile
23	Maternité 1924	14	10	Vomissements. Céphalées. Varices sur les grandes lèvres Albuminurie au mom. acc.	à terme	?	spontanée précoce	1 h.	7 h. 45	»	»	»	M	3 k. 200	»

N°s Observ.	Références	Age	Puberté	Grossesse	Accouchement							Suites de couches	Nouveau-né		
				Antécédents et complications pend. grossesse	Age de la grossesse au moment accouchement	Présentation	Rupture membranes	Durée expulsion	Durée totale	Lésions vulvo-périnéales	Complications pendant l'accouchement		Sexe	Poids	
24	Maternité 1924	15	13	Dyspnée, mictions fréquentes	à terme	OIDP	artificielle	?	33 h.	légère déchirure	application de forceps	Infect. puerpérale de gravité moyenne	F	3 k. 000	»
25	Maternité 1924	15	13	Mictions fréquentes. Pertes blanches	à terme	OIDP	artificielle	0 h. 35	29 h. 15	»	»	»	F	2 k. 970	»
26	Maternité 1924	»	»	Pertes blanches, varices	à terme	OIGT	spontanée tempestive	1 h. 30	4 h. 30	épisiotomie unilatérale et déchirure	»	»	M	3 k. 020	»
27	Maternité 1925	15	14	B. W. faiblement positif. Constipation. Epistaxis Pertes blanche	à terme	OIGA	spontanéé précoce	0 h. 45	10 h. 40	»	»	»	M	3 k. 150	»
28	Maternité 1925	15	14	Mictions fréquentes. Pertes blanches à la fin	prématurée à 8 mois½	OIGA	artificielle	0 h. 50	15 h.	»	»	»	F	3 k. 350	»
29	Clinique 1926	15	12	Polakyurie Dyspnée. Pertes blanches	à terme	OIGA	artificielle	1 h. 25	16 h. 45	»	»	»	M	3 k. 300	»
30	Clinique 1926	14	12	Pertes blanch.	à terme	OIDP	?	1 h. 25	?	déchirure	»	Angine	F	3 k 600	»
31	Clinique 1926	15	14	»	»	OIGA	artificielle	?	15 h.	»	»	»	F	3 k. 140	»
32	Clinique 1926	15	14	Vomissements Mictions fréquentes	à terme	OIGA	spontanée prématurée	0 h. 30	9 h.	épisiotomie	»	»	F	3 k 020	»
33	Clinique 1926	15	14	Vomissements. Mictions fréquentes	à terme	OIGA	artificielle	0 h. 20	8 h.	»	»	»	M	2 k. 360	débile
34	Clinique 1926	15	12	Vomissements au début. Pertes blanches	prématurée à 8 mois	OIGP	?	0 h. 40	7 h.	»	»	endométrite	M	2 k 520	»

35	Clinique 1926	15	13	Vomissements à la fin. Pertes blanches	prématurée à 8 mois ½	OIGA	?	0 h. 15	7 h.	»	»	»	F	2 k. 750	»
36	Clinique 1926	14	10 ½	»	prématurée à 8 mois ½	OIGA	artificielle	0 h. 10	4 h. 30	déchirure périnée	»	endométrite	M	3 k. 800	»
37	Maternité 1926	14	13	Constipation. Epistaxis. Mictions fréquentes	à terme	OIDP	?	2 h. 35	18 h. 05	épisiotomie	»	endométrite	F	3 k. 350	»
38	Maternité 1926	15	13	Vomissements au début. Pertes jaunâtres. Varices	prématurée à 8 mois	OIGT	spontanée précoce	0 h. 30	9 h. 15	»	»	»	M	3 k. 670	»
39	Maternité 1926	15	11 ½	Vomissements. Epistaxis. Rougeole au 7e mois	prématurée à 8 mois (chute)	OIGA	spontanée précoce	1 h.	4 h.	»	»	»	M	2 k. 960	»
40	Maternité 1926	14 ½	13 ½	Polakyurie. Vaginite granuleuse	à terme	OIDT	artificielle	0 h. 30	17 h. 30	»	»	»	M	2 k. 300	débile
41	Maternité 1926	15	?	Vomissements au début	à terme	OIGA	?	0 h. 30	6 h. 45	»	»	abcès du sein	F	2 k. 760	»
42	Maternité 1926	14 ½	11 ½	Vomissements. Polakyurie, légère albumine Pertes jaunâtres. Vaginite	à terme	OIDP	artificielle	0 h. 10	13 h. 55	déchirure	»	»	F	3 k. 480	»
43	Clinique 1927	15	11 ½	Vomissements	à terme	OIGA	artificielle	0 h. 30	8 h.	déchirure	»	»	F	3 k. 420	»
44	Maternité 1927	15	13	Pertes blanch.	à terme	OIGT	spontanée tempestive	1 h. 30	15 h. 15	déchirure	»	»	M	2 k. 680	»
45	Maternité 1927	15	13	Vomissements. Pertes blanch.	à terme	OIDP	spontanée précoce	0 h. 40	?	épiscotomie	»	»	F	2 k. 700	»
46	Maternité 1928	13 ½	?	Vomissements. Pertes blanch.	à terme	OIGT	artificielle	0 h. 55	8 h. 10	»	»	»	F	3 k. 280	»
47	Maternité 1928	15	13	»	à terme	OIGT	artificielle	0 h. 45	3 h.	»	»	endométrite	F	2 k. 600	»
48	Maternité 1928	15	10	Vomissements fin grossesse	à terme	OIDP	artificielle	?	9 h.	déchirure	»	»	F	3 k. 470	»
49	Maternité 1928	14	13	Vomissements au début. Mictions fréquentes. Pertes jaunâtres. Varices	à terme	OIDT	artificielle	0 h. 30	11 h. 45	»	»	»	M	2 k. 350	débile

Nos Observ.	Références	Age	Puberté	Grossesse	Accouchement							Suites de couches	Nouveau-né		
				Antécédents et complications pend. grossesse	Age de la grossesse au moment accouchement	Présentation	Rupture membranes	Durée expulsion	Durée totale	Lésions vulvo-périnéales	Complications pendant l'accouchement		Sexe	Poids	
50	Clinique 1928	14	13	Albuminurie légère. Bassin léger, rétréci	à terme	siège	?	?	12 h.	épisiotomie	application de forceps	lymphangite mammaire	M	3 k. 420	mort né
51	Clinique 1928	15	12	Bassin général rétréci	à terme	?	spontanée précoce	?	15 h.	épisiotomie	application de forceps	endométrite	M	3 k. 060	»
52	Clinique 1928	14	12	Constipation	à terme	OIDP	?	1 h.—	6 h.	épisiotomie		»	F	3 k. 200	»
53	Clinique 1929	14	12	Vomissements audébut. Annexie	à terme	OIDP	?	»	15 h.	»	»	»	M	2 k. 730	»
54	Clinique 1929	15	12	Vomissements au début	prématurée à 8 mois	OIGA SIGT	spontanée précoce	0 h. 20	14 h.	»	»	»	F F	2 k. 340 1 k. 900	débiles
55	Clinique 1929	15	13 ½	Varices	à terme	OIDP	spontanée précoce	1 h.	19 h. 30	»	»	endomètrite	F	3 k. 300	»
56	Clinique 1929	15	13	Diphtérie pendant grossesse	à terme	OIGT	artificielle	?	9 h.	»	application de forceps (mauvais état maternel)	»	M	3 k. 720	»
57	Maternité 1929	15	12	Pertes blanch.	à terme	OIDT	artificielle	2 h.	7 h. 15	»	Hémmoragie après délivrance	endométrite légère	M	3 k. 600	»
58	Maternité 1929	15	14	Mictions fréquentes	à terme	OIGT	?	1 h.	?	»	»	endométrite	F	3 k. 450	»
59	Maternité 1930	14 ½	12	Vomissements. Epistaxis. Polakyurie. Vaginite granuleuse. Bassin assymétrique	à terme	OIGP	artificielle	0 h. 35	20 h. 35		»	endométrite	M	2 k. 600	débile
60	Maternité 1931	13 ½	10 ½	Vomissements	à terme	OIDP	artificielle	0 h. 30	5 h.	déchirure		endométrite	F	2 k. 860	»
61	Maternité 1931	15	11 ½	Polakyurie. Leucorhée	à terme	OIGA	spontanée	0 h. 30	9 h. 15	»	»	»	M	3 k. 300	»
62	Clinique 1931	14 ½	?	Vomissements	prématurée à 7 mois	OIDT	?	0 h. 20	7 h. 30	éraillure fourchette	»	»	M	2 k. 400	débile
63	Clinique 1931	15	12 ½	Vomissements. Polyakyurie au début. Leuco	à terme	OIGA	artificielle	1 h. 30	10 h.	déchirure	»	»	F	3 k. 700	»

64	Clinique 1931	14	12	»	prématurée à 7 mois	SIDT	?	0 h. 30	7 h. 30	»	»	»	»	»
65	Maternité 1932	15	11	Vomissements	à terme	OIDP	artificielle	0 h. 40	9 h. 20	»	»	endométrite	F	2 k. 720	»
66	Maternité 1932	14 ½	13	»	à terme	OIGA	spontanée tempestive	0 h. 40	24 h.	»	»	endométrite	F	3 k. 400	»
67	Clinique 1932	14	?	»	à terme	OIGA	spontanée prématurée	1 h.	16 h. 30	»	»	»	M	3 k. 650	»
68	Clinique 1933	15	?	»	prématurée à 8 mois ½	NIDP	artificielle	2 h.	10 h. 20	épisiotomie	»	endométrite	M	2 k. 150	débilité congénitale. mort 3 j. après
69	Clinique 1933	15	11	Albumine	à terme	OIDT	spontanée précoce	1 h. 15	27 h.	»	»	»	F	3 k. 180	»
70	Clinique 1933	15	12	Vomissements au début. Varices. Pertes blanches	à terme	OIDT	?	0 h. 45	13 h. 20	épisiotomie	»	»	F	3 k. 200	»
71	Maternité 1933	15	13	Vomissements Leucorhée	à terme	OIGT	tempestive	1 h. 30	7 h. 30	»	»	»	F	3 k. 300	»
72	Maternité 1933	14	12	»	à terme	OIDP	spontanée précoce	0 h. 50	9 h. 50	déchirure	»	»	F	3 k. 050	»
73	Maternité 1933	14 ½	10 ½	Vomissements. Leucorhée. Polakyurie. Bassin lég. rétréci	à terme	OIDT	artificielle	0 h. 30	6 h.	»	»	»	M	3 k. 530	»
74	Maternité 1933	15	13 ½	Sirop de Gibert pend. grossesse	à terme	OIG?	spontanée précoce	0 h. 05	2 h. 30	déchirure	»	»	M	2 k. 600	mort-né
75	Clinique 1934	15	13	»	à terme	OIGT	artificielle	0 h. 30	7 h.	»	»	»	M	2 k. 950	»
76	Clinique 1934	15	12	»	à terme	OIDP	artificielle	0 h. 05	9 h.	»	»	»	F	3 k. 610	»
77	Maternité 1934	15	11 ½	Pertes blanch.	à terme	OIDP	spontanée prématurée	0 h. 45	6 h. 15	»	»	»	M	3 k. 270	»
78	Maternité 1934	15	14	Polakyurie. Leucorhée. Bassin caniculé	prématurée à 8 mois	SIDT	spontanée prématurée	0 h. 30	7 h.	»	»	»	F	2 k. 400	débile
79	Maternité 1934	15	12	Vomissements. Leucorhée. Bassin rétréci	à terme	OIG?	artificielle	?	?	»	césarienne	lymphangite mammaire	F	3 k. 050	»
80	Maternité 1934	14 ½	12	Polakyurie.	à terme	OIDP	artificielle	1 h. 30	?	déchirure	»	»	F	2 k. 700	mort d'athrepsie 12 j. après
81	Clinique 1935	15	12	»	à terme	OIGA	spontanée tempestive	0 h. 30	10 h.	»	»	»	M	3 k. 000	»
82	Maternité 1935	15	11	Polakyurie Bassin caniculé	à terme	OIDP	artificielle	0 h. 50	15 h. 20	déchirure	»	»	F	3 k. 400	»

N°s Observ.	Références	Age	Puberté	Grossesse	Accouchement						Suites de couches	Nouveau-né		
				Antécédents et complications pend. grossesse	Age de la grossesse au moment accouchement	Présentation	Rupture membranes	Durée expulsion	Durée totale	Lésions vulvo-périnéales	Complications pendant l'accouchement		Sexe	Poids	
83	Maternite 1935	15	11	Polakyurie. Leucorhée.	à terme	OIG ?	artificielle	1 h. 30	?	épisiotomie	»	»	M	2 k. 800	»
84	Maternité 1935	14 ½	11 ½	Vomissements Dypsnée. Leucorhée	prématurée à 8 mois ½	OIGA	artificielle	0 h. 35	29 h. 30	»	»	lymphangite mammaire	F	3 k. 520	»
85	Maternité 1935	13 ½	11	Leucorhée. Varices vulvaires Polakyurie. Bassin général rétréci	prématurée à 8 mois	OIDP	artificielle	?	?		application de forceps	Troubles de paralysie spasmodique du membre sup. gauche, puis inf. gauche	M	1 k. 880	mort né
86	Maternité 1936	15	11	Vomissements. Leucorhée,	prématurée à 7 mois	OIGA	spontanée précoce	0 h. 30	6 h. 30	déchirure	»	»	F	1 k. 970	débile
87	Maternité 1936	15	13	Coqueluche au 7e mois	à terme	OIGA	artificielle	0 h. 25	11 h. 40	»	»	lymphangite mammaire	M	3 k. 660	»
88	Clinique 1936	15	12	Vomissements au début. Pertes de sang à la fin	à terme	OIGA	spontanée prématurée	1 h. 10	15 h. 10	»	sect. de bride vaginale	»	M	2 k. 920	»
89	Canolle 1935	13	11	Leucorhée. Broncho-pneumonie au 3e mois	*avortement*	?	»	»	»	»	»	décès	»	»	»

CONCLUSIONS

I. La grossesse chez les primipares de moins de 15 ans n'est pas une rareté.

II. D'une façon générale, l'évolution de la puerpéralité se fait à peu près normalement.

Cependant l'accouchement se produirait prématurément dans 25 % des cas.

Les interventions obstétricales sont plus fréquentes (10,5 %).

Les suites de couches semblent moins bonnes (23 % de morbidité) ; les lésions des parties molles se rencontrent dans 40 % des cas.

Enfin le poids du fœtus est au-dessous de la normale (2 kg. 960) et sa mortalité, du fait des accouchements prématurés et de sa débilité, se monte à 10 % environ.

III. De telles grossesses ne sont pas à encourager ni au point de vue médical, ni au point de vue de la race.

On ne peut donc que s'élever contre la publicité faite dans la grande presse à l'occasion de certains cas de maternité précoce, triste exemple à donner au public.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais

un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
ANDERODIAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 10 décembre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlfed. — *Archiv. für Gynœk.*, t. IV, 1877.

Avrane. — Thèse Paris, 1935.

Bar et **Brindeau**. — *Pratique de l'art des accouchements.*

Bonnet-Laborderie. — *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1911, t. II, p. 313 à 321.

— *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, 1911, t. XIV, p. 327 à 331.

Bousquet. — *Semaine Médicale*, Paris, 1898, p. 119.

Burnet (J.). — « Pregnancy occurning in a child aged 14 years » (*Brit. J. child. London*, 1918, t. XV, p. 119).

Cazeaux et **Tarnier**. — « Mémoires sur la menstruation », Congrès médical, Paris, 1867.

Campuneaud. — Thèse Bordeaux, 1919.

De la Motte. — *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature*, Paris, 1745.

Depaul. — *Cliniques obstétricales.*

Dieterlen. — Thèse Paris, 1884.

Dionis. — *Traité des accouchements*, Paris, 1718.

Dietrick. — « Precocious pregnancy » (*Journal Am. Med. Ass.*, mars 1927).

Drakely-Rood. — « Precocious pregnancy » (*J. Amer. Med. Ass*, 1898.

Feldweg (P.). — *Die Bedentung der Menarche*, Munchen, 1931.

Frœlich. — « Menstruation précoce et grossesses prématurées » (*Bull. de la Société d'Obst. et de Gynéc.*, t. XXIII, p. 268 à 269, mars 1934).

Fronticelli. — *Annali di Obstetrica*, Milan, 1930.

Geets (V.). — « Un cas de grossesse à douze ans et demi » (*Progrès Médical belge*, Bruxelles, 1909, t. XI, p. 103).

Godson (J. E.). — *Brit. Med. J. London*, 1893, t. I, p. 743.

Guérin Valmade. — *Nouveau Montpellier Médical*, 1898, t. VII, p. 1133.

Grenier. — Thèse Bordeaux, 1912.

Grinsard. — Thèse Lyon, 1931.

Gugenheim. — Thèse Bordeaux, 1924.

Haller (Von). — *Geburten bei jugendlichen erstgebarenden*, 8°, Munchen, 1913.

Harris (J. W.). — « Pregnancy and lalor in young primipare » (*Bull. Baltimore*, 1922, t. XXXIII, p. 12).

Kleinwatcher. — *Zeichschr. f. Geb. und Gynœk.*, t. V, 1884.

Keane. — « Un cas de maternité à sept ans » (*The British Med.*, n° 2794, 23 septembre 1933.

Lacroix (P.). — Concours médical, avril 1936.

Lachapelle. — *Pratique des accouchements*, Paris, 1825.

Mastre. — *Semaine Médicale de Paris*, 1898.

Mauriceau. — *Traité des femmes grosses et de celles qui ont accouché*, 1740, 7e édition.

Molitor. — *Bull. Ac. Roy. de Belgique*, Bruxelles, 1878.

Pannetier. — Thèse Paris, 1901.

Paolo Negri. — *Annali di obstetrica*, Milan, 1883.

Petit. — Thèse Paris, 1876.

Peyrat. — Thèse Paris, 1884.

Picard. — Thèse Paris, 1903.

Peyrac. — Thèse Toulouse, 1903.

Pomeloff (Mlle). — Thèse Montpellier, 1906.

Puzos. — *Traité des accouchements*, 1759.

Raciborsky. — *Traité de la menstruation*.

Rowlet. — « Grossesse et accouchement chez une fille de dix ans » (*Gaz. Hopit.*, 1852).

Sage. — *Semaine Médicale de Paris*, 1898.

Slaughter. — *Med. New Phila.*, 1893.

Tarnier et **Budin**. — *Traité de l'art des accouchements*.

Wilkinson (D. L.). — « Precocious pregnancy » (*J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1898, T. XXI, p. 424).

Willard (de F.). — *J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1898, T. XXXI, p. 252.

Imp. Bière, 18, rue du Peugue. — Bordeaux (France). 1936.